



**ISTITUTO FRANCO GRANONE**

**C.I.I.C.S.**

**CENTRO ITALIANO DI IPNOSI CLINICO-SPERIMENTALE**

**Fondatore: Prof. Franco Granone**

**CORSO DI FORMAZIONE IN IPNOSI CLINICA**

**E COMUNICAZIONE IPNOTICA**

**Anno 2021**

# **Ipnosi e Fibromialgia una review per la progettazione di un servizio territoriale**

**Candidato**

**Dott. Mario Canovi**

**Relatore**

**Prof. Enrico Facco**

## **Ringraziamenti**

*Voglio ringraziare il Prof. Facco  
per avermi fatto conoscere l'ipnosi in modo scientifico e professionale,  
accogliendomi come persona prima che come paziente.*

*Tutti i docenti dell'Istituto "Franco Granone"  
per aver trasmesso la passione alla base delle competenze.*

*I colleghi di corso  
per aver condiviso fatiche, conoscenze, esperienze.*

## **Abstract**

Scopo di questo lavoro è approfondire l'applicabilità dell'ipnosi alla fibromialgia nel contesto di un servizio di psicologia clinica territoriale. È stata condotta una ricerca sulle banche dati PubMed, Medline, Scopus, PsycInfo coprendo un periodo temporale di 17 anni - dal 2005 al 2021. Seppur la letteratura presenta dati non sempre chiari, quando non discordanti, sembra emergere l'evidenza dell'efficacia dell'ipnosi applicata alla fibromialgia, con delle condizioni che saranno discusse. In conclusione vengono presentate possibili proposte e sviluppi futuri.

## **Keywords**

Fibromialgia, Ipnosi, Rapport.

## Introduzione

S. entra nello studio. È una donna di 50 anni con due figli, di cui uno nato dal precedente matrimonio. L'attuale marito è spesso assente da casa per motivi di lavoro e lei sente il peso della famiglia solo su se stessa. Spesso pensa alla separazione ma rimane nella situazione attuale per i figli e perché economicamente non potrebbe sostenere un divorzio. S. infatti, è disoccupata: ha lasciato il lavoro per seguire l'educazione dei figli e ora, che loro sono grandi e lei potrebbe riprendere a lavorare, non riesce a inserirsi nel mercato del lavoro. Tra l'altro deve accudire la suocera che ha gravi problemi di salute. In passato aveva curato, da sola, l'assistenza prima del padre e poi della madre. Era uscita da quel periodo provata emotivamente e fisicamente. Avrebbe voluto riposare, magari fare un lungo viaggio con la famiglia ma quando la suocera si è ammalata non è stata in grado di imporsi con il marito e ha accettato di accudirla.

S. non ha interessi o passatempi. L'unico piacere che prova è andare dalla parrucchiera una volta al mese. Quel momento rappresenta per lei una coccola, un gesto d'amore verso se stessa.

Il marito non è particolarmente affettuoso e dal punto di vista sessuale non hanno rapporti. Lei non si sente attratta e stimolata e - forse anche per questo - negli anni si è lasciata andare fisicamente: non si prende cura di sé, non pratica sport, è in sovrappeso.

Sente che tutti pretendono da lei: il marito, i figli, la suocera. S. si sente ingabbiata, intrappolata, incapace di muoversi.

Il sonno non è ristoratore e la mattina fatica ad alzarsi. Ci sono giorni in cui ha mal di testa. In ogni caso, tutti i giorni, da alcuni anni, ha male in tutto il corpo e un profondo senso di stanchezza.

S. è stata visitata da molti medici in questi anni, sia nel servizio pubblico, sia nel privato, con notevole dispendio di tempo e di denaro. Gli esami ematochimici e ormonali sono nella norma. Nulla dal punto di vista reumatologico e neurologico. Una conoscente le ha consigliato di rivolgersi ad un medico omeopata ma dopo qualche mese ha abbandonato la cura trovandola inefficace. Quindi si è rivolta ad un'agopuntrice di una città vicina, anche in questo caso senza risultato perché, secondo S., non si era creato un buon rapporto medico/paziente. Sembrava invece trovare beneficio da una medicina di cui non ricorda il nome, prescritta dal reumatologo. Ma il beneficio è sparito velocemente al presentarsi di effetti collaterali quali aumento del peso, svenimenti, palpitazione. S. non si è sentita compresa, nel suo malessere, né dai famigliari né dai medici, al punto da desiderare di non svegliarsi più la mattina per non dover combattere con il dolore e non doversi giustificare con nessuno per il suo stato psico-fisico.

Finalmente, dopo anni, ha trovato un medico che le ha fatto una diagnosi di fibromialgia. S. non sa bene cosa significhi ma solo il fatto di avere una diagnosi le ha permesso di non colpevolizzarsi, di non sentirsi sbagliata. Questo stesso medico però, le ha detto che dalla fibromialgia non si guarisce: non ci sono cure. Anzi, con il passare del tempo la situazione può solo peggiorare e questo ha causato in S. un perenne stato d'ansia per il quale si rivolge al servizio.

Viene dato ad S. un secondo appuntamento per raccogliere l'anamnesi in modo approfondito prima di iniziare un percorso psicoterapico.

Al momento di uscire, sulla porta, S. guarda il terapeuta e dice di aver dimenticato di raccontare che quando era bambina ha vissuto un'infanzia molto difficile a causa del padre alcolista.

Questa è una storia inventata: S. non esiste. Ma è una storia verosimile che può essere capitata a diversi terapeuti. Sicuramente è stata creata con tanti elementi

raccolti nella pratica clinica quotidiana. Essa rappresenta una sfida: la paziente arriva sfiduciata, dopo un percorso lungo e travagliato che l'ha vista affidarsi a terapeuti diversi senza benefici. Poco importa se il professionista non è stato in grado di rispondere adeguatamente ai bisogni della paziente o se la paziente è stata im-paziente. Quello che conta è che nel momento in cui il terapeuta si trova dinanzi ad S. può pensare di rifiutare la presa in carico, per evitare un possibile fallimento. Oppure, può optare per una presa in carico di tipo farmacologico, se si tratta di uno specialista medico, evitando di approfondire la relazione con la paziente.

Eppure c'è tanto su cui lavorare, una volta creato il rapport. A partire da quell'ultima frase, direbbe Semi, quasi buttata lì a fine seduta: una frase che suggerisce un vissuto traumatico a causa del padre alcolista.

Nella pratica clinica capita sovente di imbattersi in questa situazione in cui una persona affetta da fibromialgia racconta, quasi per caso, uno o più vissuti traumatici.

L'ipotesi è che con l'ipnosi si possa andare a lavorare su questi vissuti per aiutare il paziente a recuperare una situazione di salute e benessere.

Per approfondire questa ipotesi si partirà dalla descrizione della fibromialgia, per poi definire la nozione di ipnosi e la sua fenomenologia e quindi definire in modo critico le applicazioni dell'ipnosi alla fibromialgia. In conclusione si cercherà di gettare le basi per l'applicazione dell'ipnosi alla fibromialgia in un servizio di psicologia clinica territoriale evidenziando possibili proposte future.

## Fibromialgia

La sindrome fibromialgica (FMS) è un disturbo doloroso cronico di eziologia medica sconosciuta, caratterizzato da dolore muscolare diffuso di durata superiore ai 3 mesi, accompagnato ad una sensibilità anormale alla pressione digitale in almeno 11 di 18 punti sensibili denominati “tender points” in aree anatomiche specifiche (Martinez-Valero et al., 2008). Oltre al dolore, la fibromialgia, si caratterizza per rigidità, affaticamento, disturbi del sonno, umore depresso, ansia, irritabilità, “fibro-nebbia”<sup>1</sup>, disagio psicologico e funzionamento cognitivo compromesso (Lauche et al., 2015). I pazienti possono anche riferire sindrome dell’intestino irritabile, parestesie, sindrome di Raynaud, cefalea (Morris et al., 2005) e disturbi della sfera sessuale. Il dolore non può essere spiegato da altri processi infiammatori o degenerativi e gli esami di laboratorio sono normali. Nonostante sia la seconda sindrome più comune osservata nelle cliniche reumatologiche, il trattamento della FMS è spesso insoddisfacente e molti pazienti hanno problemi significativi nella qualità della vita correlata alla salute (Sadredhiny et al., 2010). La fibromialgia è presente in tutto il mondo. Sebbene non sia comune tra i bambini, può colpire anche loro e la sua prevalenza aumenta con l’età. I malati usano eccessivamente i farmaci, riducono l’esercizio fisico e le attività sociali e percepiscono il dolore come qualcosa di orribile e intollerabile (Martinez-Valero et al., 2008).

Se si considera la definizione che l’OMS dà di salute – *“uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non la semplice assenza dello stato di malattia o di infermità”* (OMS, 1948) – risulta evidente la complessità di un approccio adeguato alla FMS, che non può limitarsi alla sola terapia farmacologica, e dei costi elevati

---

<sup>1</sup> Per fibro-nebbia o fibro-fog si intendono difficoltà cognitive, di concentrazione, di memoria, lentezza di pensiero, difficoltà a sostenere una conversazione.

per il paziente e per il servizio sanitario. Peraltro molti dei farmaci antidolorifici convenzionali non funzionano bene, specialmente per il controllo del dolore a lungo termine, e i pazienti spesso provano più farmaci e/o più specialisti con la speranza di trovare una condizione di salute. In questa continua ricerca di una diagnosi, una cura, un supporto, i soggetti si scontrano con gli atteggiamenti sprezzanti da parte degli altri, come incredulità, stigmatizzazione, mancanza di accettazione da parte di parenti, amici, colleghi e sistema sanitario che li considerano persone “pigre” o “in cerca di attenzione”, con i sintomi tutti “nella loro testa” (Sancassiani et al., 2017). Da questo punto di vista la diagnosi e la convalida da parte di un professionista dell’esperienza collegata alla FMS ha di per sé un effetto liberatorio. Attualmente sono cambiati i criteri per poter effettuare la diagnosi: nel 2010, l’American College of Rheumatology (ACR) ha introdotto una nuova classificazione, utilizzabile anche dai medici di base, poiché non richiede l’esame dei tender points (generalmente ritenuto di difficile applicazione) e si basa esclusivamente su auto-segnalazione della gravità del dolore e dei sintomi associati.

Alla base della difficoltà di diagnosi e di trattamento ci sono un’eziologia e una fisiopatologia ad oggi ancora non completamente comprese. La fibromialgia è definita come una sindrome da sensibilizzazione centrale caratterizzata da dolore cronico centrale diffuso. La sensibilizzazione centrale è definita come ipereccitabilità del sistema nervoso centrale a vari stimoli, tale da provocare iperalgesia, allodinia e dolore diffuso (Sancassiani et al., 2017). Da questa prospettiva sembra che il sistema nervoso centrale amplifichi in modo disadattivo segnali provenienti da stimoli periferici e, di conseguenza, i pazienti con FMS avrebbero una soglia più bassa per interpretare le informazioni sensoriali come nocive. Altre conseguenze dell’ipereccitabilità sarebbero l’espansione del campo ricettivo, una scarica elettrofisiologica prolungata, una qualità sgradevole del



dolore post-stimolo e dolore riferito a più segmenti spinali, che porta a dolore cronico diffuso. L'attivazione e il mantenimento della FMS sembrano richiedere sia la predisposizione genetica, sia le influenze ambientali come fattori di stress emotivi o fisici o malattie (Picard et al., 2013). Ad esempio, la causa scatenante della FMS potrebbe essere un intenso dolore nocicettivo ripetuto in grado di provocare una reazione esagerata e prolungata da parte dei nocicettori della fibra C, i quali a loro volta rilasciano glutammato e sostanza P che attivano i geni delle cellule gliali provocando il rilascio a cascata di neurotrasmettitori e proteine specifiche (Malminder et al., 2018). Le aree corticali colpite durante la percezione del dolore sono quelle della neuromatrice del dolore, ossia la corteccia somatosensoriale primaria e secondaria, corteccia insulare, corteccia cingolata anteriore, amigdala, corteccia prefrontale e talamo. In particolare la corteccia cingolata anteriore è responsabile della spiacevolezza del dolore. La continua percezione del dolore porta anche a fenomeni di neuroplasticità, dalle dinamiche non chiare, che hanno come conseguenza la riduzione della materia grigia.

Una valutazione più corretta può prendere origine dalla consapevolezza dei limiti dell'approccio dominante meccanicista-riduzionista in medicina (Facco, 2021), che è costitutivamente incapace di comprendere il dolore perché fenomeno esclusivamente soggettivo. Quello che sappiamo sulla FMS è che le persone che rimangono attive e affrontano i disturbi dell'umore sottostanti tendono a stare meglio (Johnson et al., 2016).

### *Comorbidità e trattamento*

Diverse prove collegano esperienze di vita traumatiche con la fibromialgia. Alcuni studi hanno dimostrato la comorbidità tra fibromialgia e disturbo post-traumatico da stress; la probabilità di sviluppare quest'ultima dopo aver sofferto il primo è tre volte maggiore rispetto alla popolazione normale (De Almeida-Marquez et al.,

2018). Altri studi hanno evidenziato maggiori livelli di vittimizzazione infantile e adulta in pazienti con FMS rispetto a quelli con artrite reumatoide. È anche interessante notare come, rispetto ai pazienti con fibromialgia senza storie di trauma, i pazienti con storie di trauma presentino livelli maggiori di gravità, di disabilità e autolesionismo. In uno studio con un campione di 10.424 persone, i pazienti con FMS presentavano percentuali significativamente maggiori di maltrattamenti e abusi sessuali, distacco, traumi potenzialmente letali o eventi traumatici della vita (Haviland et al., 2010; Afari et al., 2014). In generale, quindi, sembra che le esperienze traumatiche siano un fattore di vulnerabilità per chi soffre di fibromialgia. Un trauma precoce può alterare la risposta dell'asse HPA (hypothalamic - pituitary - adrenal axis o asse ipotalamo - ipofisi - surrene)<sup>2</sup>, che può provocare la disfunzione dei neuroni del corno dorsale periferico e del midollo spinale, degli amminoacidi eccitatori e dei neuropeptidi centrali; il complesso di questa disfunzione può condurre a sindrome da sensibilizzazione centrale, iperalgesia e allodinia, come avviene nella FMS (Burke et al., 2016). Una revisione clinica del 2016 (Palagini et al., 2016) ha evidenziato che ben il 62% dei pazienti con fibromialgia mostrava disturbo depressivo maggiore oltre a disturbo bipolare, panico e fobia sociale. Secondo Borchers e Gershwin (2015) ci sono diverse possibilità che possono spiegare l'elevata comorbilità tra depressione e FMS. Innanzitutto la depressione potrebbe essere una conseguenza del vivere con dolore cronico e altri sintomi debilitanti; in secondo luogo la FMS potrebbe rappresentare una manifestazione peculiare della depressione, con i sintomi principali della depressione che rimangono al di sotto della soglia. Sono state anche evidenziate caratteristiche di sovrapposizione tra spettro dell'umore, fibromialgia e sindrome da stanchezza cronica, suggerendo meccanismi sottostanti comuni a livello fisiopatologico che coinvolgono sia il sistema nervoso centrale sia quello

---

<sup>2</sup> L'asse HPA modula la risposta allo stress dell'organismo umano.

immunitario (Dell'Osso et al., 2015). Sembra importante il modo in cui i pazienti vedono il loro dolore: tanto più i pazienti percepiscono il grande impatto del dolore sulle attività quotidiane, rendendoli incapaci di controllare i propri sintomi, tanto più sembra probabile che si manifestino i sintomi depressivi (Okifuji et al., 2000). Uno studio del 2016 (Bortolato et al., 2016) ha evidenziato che la concomitanza di disturbi bipolari e di dolore cronico è stata probabilmente trascurata. Allo stesso modo merita attenzione la presenza di sintomi di ansia generalmente più frequenti nei soggetti con FMS rispetto ai controlli (Gormsen et al., 2010). È interessante notare che l'ansia di tratto, ma non l'ansia di stato, è stata correlata con l'attuale intensità del dolore, suggerendo che l'umore ansioso non sia una reazione alla FMS bensì un fattore predisponente (Celiker et al., 1997). Infine alcuni studi hanno indagato il rapporto tra disturbo borderline di personalità e FMS individuando un alto livello di presenza di traumi infantili e di comorbidità (Lundberg et al., 2009; Sansone et al., 2001). Anche la disfunzione sessuale dovrebbe essere considerata un problema comune nei pazienti con FMS, sintomo di una malattia consolidata che impatta notevolmente nella relazione con il partner e nella qualità della vita della persona.

Dinnanzi a questa sintomatologia e queste comorbidità il trattamento della FMS rappresenta una sfida per i clinici, i quali rischiano sovente di scontrarsi con il fallimento. L'approccio terapeutico alla fibromialgia deve essere individualizzato e multidisciplinare. I trattamenti farmacologici attualmente disponibili per la FMS sono empirici, palliativi e forniscono solo benefici modesti. Le due classi che si sono rivelate utili sono alcuni antidepressivi e anticonvulsivanti (Sancassiani et al., 2017). Esempi di questi includono l'amitriptilina, antidepressivo triciclico molto usato come coadiuvante nella terapia del dolore cronico, e gli inibitori della ricaptazione della noradrenalina e della serotonina come duloxetina e milnacipran. Gli anticonvulsivanti più usati sono pregabalin e gabapentin (Johnson et al., 2016).

Questi farmaci possono essere usati da soli o in combinazione. Gli oppioidi possono dare sollievo nel breve termine ma l'esposizione cronica può peggiorare la situazione. Un farmaco che sembra avere proprietà antinfiammatorie intrinseche e che sembra migliorare l'umore e diminuire il dolore dei pazienti è il naltrexone (Sadredhiny et al., 2010). Interventi puramente farmacologici sono spesso insufficienti ed è consigliabile combinarli con altri trattamenti (Haviland et al., 2010). Possono essere utili la terapia cognitivo comportamentale, l'esercizio fisico, il massaggio, l'idrofisioterapia, l'agopuntura (Sadredhiny et al., 2010) e la mindfulness (Sancassiani et al., 2017). Data l'importanza della sensibilità centrale nella FMS, sono diventati di interesse approcci terapeutici in grado di modificare le attività neurali in modo non invasivo quali la stimolazione magnetica transcranica ripetuta (rTMS) e la stimolazione transcranica a corrente continua (tDCS) (Galhardoni et al., 2015; Machado et al., 2013).

Un approccio antico ma attuale, privo di controindicazioni se effettuato da personale competente, che ha dato risultati incoraggianti è sicuramente l'ipnosi (Martinez et al., 2008) ma in un sondaggio su internet rivolto al personale infermieristico è emerso che solo il 3% degli intervistati utilizza l'ipnosi per alleviare i sintomi della FMS (Bernardy et al., 2011).

## **Ipnosi**

L'ipnosi, secondo la definizione di F. Granone è "uno stato di coscienza modificato, ma fisiologico e dinamico, durante il quale sono possibili modificazioni psichiche, somatiche, viscerali per mezzo di monoideismi plastici ed in virtù del rapporto operatore-paziente" (Granone, 1989).

La definizione più recente di ipnosi è quella dell'American Psychological Association: "Uno stato di coscienza che coinvolge attenzione focalizzata e ridotta consapevolezza periferica caratterizzata da una maggiore capacità di risposta alla suggestione" (Elkins et al., 2015). L'ipnotizzabilità fa riferimento ad una caratteristica fondamentale della fenomenologia dell'ipnosi, ossia l'abilità ipnotica del soggetto (Barabasz et al., 2015). Importante è anche il riconoscimento dell'ipnosi come attività di coscienza, fatto che implica due fondamentali conseguenze: a) la necessità della prospettiva di prima e seconda persona per la sua comprensione; b) la possibilità di un controllo top-down della mente sul corpo, che è alla base dell'illuminata definizione dell'ipnosi di Franco Granone (Facco et al., 2014; Facco, 2021). Oltre all'ipnosi eteroindotta sono inoltre da considerare l'autoipnosi e la possibilità di insorgenza di un'attività ipnotica o simil-ipnotica spontanea (Barabasz et al. 2006), come avviene con i sogni a occhi aperti, durante una concentrazione intensa in un'attività mentale o psicofisica, nel gioco o anche in occasione dell'esposizione a un evento traumatico (Barabasz et al., 2005). Di fatto lo stato ipnotico si articola in un *continuum* tra coscienza ordinaria e ipnosi profonda: gli individui altamente ipnotizzabili comunemente scivolano dentro e fuori dagli stati di trance (Spiegel et al., 2004).

L'ipnosi non dovrebbe essere utilizzata in soggetti con psicopatie gravi, come psicosi, e condizioni psichiatriche organiche in cui il principio di realtà sia labile o

compromesso; è quindi necessaria un'attenta valutazione del paziente prima di proporre l'ipnosi (Valente et al., 2006).

### *Ipnosi e trattamento della fibromialgia*

In una revisione sistematica di Bernardy et al. (2011) sull'efficacia dell'ipnosi nella FMS sono stati inclusi studi comprendenti suggerimenti/immagini relativi al dolore o indirizzati al dolore come trattamento attivo primario. Oltre alle sedute di ipnosi con il terapeuta i pazienti venivano istruiti a praticare l'autoipnosi a casa. Gli studi analizzati dovevano valutare almeno un dominio chiave della FMS: dolore, sonno, affaticamento, qualità della vita, stato emotivo. L'analisi quantitativa dei risultati ha evidenziato che l'ipnosi era efficace nell'alleviare il dolore e migliorare il sonno. Tale risultato è in accordo con la precedente revisione della letteratura scientifica condotta da Sellick e Zaza nel 1998 su sei studi clinici randomizzati che dimostrava l'efficacia dell'ipnosi nel controllo del dolore. Infatti, sebbene ritenuta in passato una tecnica alternativa e controversa perché apparentemente incompatibile con lo spirito del tempo, l'ipnosi è ora una tecnica validata, riconosciuta ed efficace per gestire il dolore e ridurre l'ansia, la paura e l'angoscia associati al dolore, al dolore ortopedico, al dolore post-operatorio, alle ustioni, al parto, al dolore pediatrico (Valente et al., 2006). Inoltre, l'ipnosi può potenziare la capacità di controllo del paziente sulla propria mente e sul proprio corpo, quindi sul dolore e sul funzionamento. In uno studio del 1991, Haanen e collaboratori hanno confrontato un gruppo sottoposto a ipnoterapia con un gruppo di controllo, per un trattamento di 12 settimane e un follow-up a 24 settimane. Il trattamento ipnotico prevedeva vari suggerimenti ipnotici e ai pazienti veniva fornita anche una registrazione della seduta per poter fare l'autoipnosi con gli stessi suggerimenti. Il gruppo di ipnosi presentava miglioramenti significativi rispetto alla percezione del dolore, affaticamento, ritmo del sonno, riduzione degli analgesici (Martinez et al.,

2008). Un interessante studio di Castel et. al., 2007, ha confrontato due diverse condizioni ipnotiche (con analgesia e con rilassamento) con una tecnica non ipnotica di rilassamento riportando due risultati essenziali: a) l'ipnosi con suggestioni di analgesia ha un effetto maggiore sull'intensità del dolore rispetto al rilassamento ipnotico neutro; b) il rilassamento ipnotico non ha effetti superiori a quelli del gruppo di controllo (Castel et al., 2007). Questo risultato mostra che il protocollo ipnotico adottato è importante e alcuni suggerimenti sono più efficaci di altri nel controllare il dolore (Rainville et al., 1999; Facco et al., 2011). Per verificare se l'ipnosi abbia un'influenza maggiore sugli affetti del dolore che sulla sensazione del dolore (Jensen et al., 2009), Picard e colleghi hanno condotto uno studio nel 2013. In questo studio (Picard et al., 2013) randomizzato e controllato sono stati controllati gli effetti di 5 sessioni non standardizzate di ipnosi in 59 donne rispetto al gruppo in lista d'attesa. Lo studio è stato condotto con strumenti validati e ben adattati per valutare l'impatto del trattamento nei pazienti con FMS (Measse et al., 2009). I criteri di inclusione prevedevano una diagnosi di FMS da almeno 6 mesi, effettuata da un reumatologo secondo i criteri dell'ACR, mentre venivano escluse le persone con patologie psichiatriche gravi o che avevano una storia di abuso di sostanze. I pazienti erano stati istruiti a praticare l'autoipnosi su base giornaliera. Il trattamento consisteva in 5 sessioni di ipnosi della durata di 1 ora, dirette a migliorare la competenza e la padronanza del paziente nella gestione del dolore e dello stress legati alla malattia. Lo script dell'ipnosi era libero e adattato alle esigenze del paziente. I risultati di questo studio sono focalizzati sulle implicazioni cognitive e affettive della FMS: sebbene il dolore non sia stato influenzato dall'ipnosi in modo significativo, altre variabili come la qualità del sonno, la qualità della vita, la catastrofizzazione e l'impressione globale del paziente sono significativamente migliorate sia nel follow-up a 3 mesi sia a 6 mesi.

## Limiti

Gli studi esaminati presentano alcuni limiti oggettivi di cui bisogna tener conto e che danno la misura dell'eterogeneità dei risultati.

Innanzitutto molti studi sono stati effettuati con campioni piccoli e poco rappresentativi, che limitano il valore delle conclusioni. Sono presenti, a volte, vizi metodologici nella scelta del gruppo di trattamento e del gruppo di controllo. Gli studi sono inoltre eterogenei per quanto riguarda il protocollo ipnotico utilizzato – ad es. l'utilizzo o meno di istruzioni per l'analgia – e i criteri di valutazione dei risultati. Va ricordato, comunque, che i suggerimenti più efficaci non sono del tutto standardizzabili, perché dipendono dalle esigenze del paziente ed emergono e sono catalizzate dal rapporto terapeuta-paziente e con la conoscenza del paziente stesso.

Non sempre è stata misurata l'ipnotizzabilità del paziente e questo può essere un fattore confondente in grado di modificare i risultati, soprattutto nella direzione di una sottostima delle potenzialità dell'ipnosi. Prima di usare l'ipnosi per ridurre un sintomo, è inoltre necessario valutare se quel sintomo serve a qualche funzione protettiva o importante per il paziente (Zahourek et al., 2002).

Dato ancora il persistente pregiudizio sull'ipnosi, è necessario che la persona comprenda cosa essa in realtà sia e venga fugato ogni dubbio relativo alla paura di perdita del controllo e di manipolazione. I pazienti che comprendono la natura dell'ipnosi, non sorprendentemente, hanno maggiori probabilità di fidarsi dei loro terapeuti, di mantenere una mente aperta sull'ipnosi e di utilizzarla al meglio (Picard et al., 2013).

Infine non sono stati ancora definiti i protocolli ipnotici più appropriati alle diverse esigenze cliniche (Bernardy et al., 2011): mentre in alcuni studi le sessioni ipnotiche



non erano sempre condotte dallo stesso terapeuta, in altre iniziavano senza permettere la formazione di un adeguato rapporto tra il terapeuta e il paziente. Poiché quest'ultimo è un elemento fondamentale dell'ipnosi, non permetterne una buona formazione equivale a ridurre l'efficacia della procedura ipnotica per ragioni indipendenti dalla tecnica in sé.

## **Progetto di clinica del dolore**

I dati analizzati sopra suggeriscono un ruolo non secondario dell'ipnosi nel trattamento della FMS, pur essendo i dati disponibili ancora lontani dai criteri dell'evidence based medicine. D'altra parte c'è una crescente domanda di cura e sostegno delle persone con fibromialgia: secondo un sondaggio del 2006 che ha valutato l'impatto del dolore cronico sulla vita quotidiana, 1 persona su 5 in Europa è colpita da questo disturbo (Breivik et al., 2006).

In altre parole, se sono necessari ulteriori studi è comunque necessario prendersi cura di questi pazienti e questo giustifica la presente proposta di un progetto di intervento che comprenda l'ipnosi all'interno di un servizio di psicologia territoriale. Questo comprende un'azione di informazione dei medici di base affinché siano essi a conoscenza del servizio multidisciplinare rivolto a pazienti con diagnosi di FMS.

Il progetto proposto di trattamento comprende i seguenti elementi:

1. Un primo incontro con il paziente in cui si stabilirà il rapporto e si farà psicoeducazione, spiegando al paziente le caratteristiche della fibromialgia e come affrontare la malattia. Contestualmente sarà consegnato un pieghevole che illustra nel dettaglio quanto discusso. In questo incontro si valuterà anche l'ipotizzabilità del paziente mediante l'Hypnotic Induction Profile (Facco et al., 2015; Spiegel & Spiegel, 2004).
2. Nei successivi 3 incontri verrà raccolta l'anamnesi e somministrati i test: Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ; Burckhardt et al., 1991), Medical Outcomes Study-Sleep (MOS-Sleep; Hays et al., 1992), Multidimensional Fatigue Inventory (MFI; Smets et al., 1995), Beck Depression Inventory (BDI II; Beck et al., 1996), State-Trait Anger Expression Inventory-2 (STAXI-2; Spielberger et al.,

2009), Symptom Checklist-90 Revised (SCL-90-R; Derogatis et al., 1983) e Tematic Apperception Test (TAT; Murray et al., 1935).

- a) Il Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ; Burckhardt et al., 1991) è un questionario sull'impatto della fibromialgia. Esso misura la funzione fisica e le attività quotidiane, nonché la gravità del dolore, dell'affaticamento, della rigidità e dell'ansia/umore. Il punteggio totale varia da 0 a 80, con i punteggi più alti che indicano la maggior gravità della fibromialgia.
- b) Il Medical Outcomes Study-Sleep (MOS-Sleep; Hays et al., 1992) è un questionario autosomministrato composto da 12 elementi che valutano i costrutti chiave del sonno.
- c) Il Multidimensional Fatigue Inventory (MFI; Smets et al., 1995) è uno strumento di autovalutazione progettato per misurare la fatica. Si compone di 20 item e il punteggio varia da 20 a 100 con punteggi maggiori che indicano maggiore fatica.
- d) Il Beck Depression Inventory (BDI II; Beck et al., 1996) è un questionario di autovalutazione composto da 21 item che si riferiscono alle 2 settimane precedenti. È il gold standard tra i questionari di autovalutazione della depressione. Il cut-off è 14.
- e) Lo State-Trait Anger Expression Inventory-2 (STAXI-2; Spielberger et al., 2009) è un questionario di autovalutazione che fornisce una misura dell'esperienza, dell'espressione e del controllo della rabbia.
- f) La Symptom Checklist-90 Revised (SCL-90-R; Derogatis et al., 1983) è una delle più utilizzate misure di self-report in ambito psicopatologico. È costituita da 90 item ed è stata ideata principalmente per riflettere i pattern di sintomi patologici di pazienti psichiatrici e "non pazienti".

- g) Il Tematic Apperception Test (TAT; Murray et al., 1935) è un test di tipo proiettivo, utilizzato in psicologia e in psichiatria per l'indagine della personalità.
3. Al quinto incontro si affronterà il tema dell'ipnosi spiegando al paziente di cosa si tratta e stipulando il contratto terapeutico. Verrà fornito al paziente un pieghevole che illustra i punti principali dell'ipnosi.
  4. Dal sesto incontro si inizierà il vero e proprio trattamento ipnotico costituito da 1 sessione in settimana per 8 settimane. Fin dal primo incontro il paziente verrà istruito a praticare quotidianamente l'autoipnosi.
  5. Al termine del ciclo di trattamenti verrà fatto un incontro finale di discussione e confronto.
  6. Al termine del ciclo di trattamento ipnotico e alla distanza di 6 e di 12 mesi il paziente sarà invitato a compilare nuovamente i questionari iniziali tranne il TAT.

## Conclusioni

Benché i risultati degli studi sull'ipnosi siano eterogenei e a tratti discordanti, c'è un prevalente accordo sulla sua efficacia sulla gestione del dolore e di altri sintomi non dolorosi come l'ansia e l'insonnia, contribuendo a migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria (Hutt et al., 1996; Del Casale et al., 2015); essa rimane utile anche quando gli agenti analgesici tradizionali non sono efficaci o sono mal tollerati. L'ipnosi può alleviare il dolore riducendo il bisogno di farmaci e migliorando l'autostima e il senso di auto-efficacia dei pazienti (Hollroyd et al., 1996; Martinez et al., 2008). Ci sono sicuramente aspetti da indagare quali, ad esempio, la comprensione delle differenze o somiglianze tra rilassamento ipnotico e rilassamento non ipnotico (Castel et al., 2007) o la correlazione tra disturbi sessuali e FMS (Sadredhiny et al., 2010) ma i tempi sono pronti per iniziare ad applicare l'ipnosi fin dalla consultazione iniziale del medico con l'equipe terapeutica. Questo è ancor più rilevante se si considerano i crescenti problemi di comunicazione medico-paziente favoriti dalla medicina difensiva e dalla mancanza di formazione del medico nelle tecniche di comunicazione; una comunicazione negativa ha un effetto nocebo e può anche indurre iperalgesia e allodinia (Dyas et al., 2010; Facco, 2021). L'ascolto attivo delle preoccupazioni dei pazienti è la caratteristica del medico più apprezzata dai pazienti (Dyas et al., 2010), mentre una comunicazione scarsa o solo tecnica può contribuire ad aumentare la frustrazione del paziente e peggiorare la capacità di gestire il dolore cronico. Un medico empatico, che crea un buon rapporto, anche mediante suggerimenti costruttivi sulla procedura in atto o da attuare, può aiutare a ridurre lo stress fisico ed emotivo del paziente fin dalla prima consultazione. In questa strategia l'utilizzo dei principi base dell'ipnositerapia anche nella comunicazione potrebbe essere un valore aggiunto importante.

La definizione del ruolo dell'ipnosi nella FMS rimane un work in progress, come del resto la comprensione piena della sua fisiopatologia. Come affermava saggiamente Gustav Mahler,

*“Non è solo questione di conquistare una vetta precedentemente sconosciuta, ma di tracciare, passo dopo passo un nuovo percorso che conduca ad essa”.*

## Bibliografia

AFARI N., AHUMADA S.M., WRIGHT L.J., MOUSTOFI S., GOLNARI G., REIS V., CUNEO J.G. (2014). 'Psychological Trauma and Functional Somatic Syndromes: A Systematic Review and Meta-Analysis'. *Psychosom Med.* 2014 January ; 76(1): 2–11.

BARABASZ A.F., BARABASZ M. (2015). 'The New APA Definition of Hypnosis: Spontaneous Hypnosis MIA'. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 57:4, 459-463.

BECK A.T., STEER R.A., BALL R., RANIERI W. (1996). 'Comparison of Beck depression inventories – IA and II in psychiatric outpatients'. *Journal of personality assessment*, 67(3), 588–597.

BERNARDY K., FUBER N., KLOSE P., HÄUSER W. (2011). 'Efficacy of hypnosis/giuded imagery in fibromyalgia syndrome - a systematic review and meta-analysis of controlled trials'. *BMC Musculoskeletal Disorders*, vol. 12: 133.

BORCHERS A.T., GERSCHWIN E. (2015). 'Fibromyalgia: A Critical and Comprehensive Review'. *Civc Rev Allerg Immunol* 49: 100 - 151.

BORTOLATO B., BERK M., MAES M., MCINTYRE R.S., CARVALHO A.F. (2016). 'Fibromyalgia and bipolar disorder: Emerging epidemiological associations and shared pathophysiology'. *Current Molecular Medicine*, 16, 119–136.

BREIVIK H., COLLETT B., VENTAFRIDDA V., COHEN R., GALLACHER D. (2006). 'Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment'. *European Journal of Pain*, 10(4): 280-287.

BURCKHARDT C.S., CLARK S. R., BELULETT R. M. (1991). 'The Fibromyalgia Impact Questionnaire: Development and validation'. *Journal of Rheumatology*, 18,728-734.

BURKE A., MATHIAS J., DENSON L. (2015). 'Psychological functioning of people living with chronic pain: A meta-analytic review.' *British Journal of Clinical Psychology*, 54(3), 345-360.

CASTEL A., PE'REZ M., SALA J., PADROL A., RULL M. (2007). 'Effect of hypnotic suggestion on fibromyalgic pain: comparison between hypnosis and relaxation'. *European Journal of Pain* 11: 463 - 468.

CHANDRASEGARAN A., SINGH M. (2019). 'Utilizing Principles of Clinical Hypnosis for an Effective Communication with Patients in Managing Chronic Pain'. *Sleep Hypn.* 21(2): 117-122.

CRAVEN R.F., HIRNLE C.J. 'Principi fondamentali dell'assistenza infermieristica'. Edizione italiana cura di Nebuloni G., Casa editrice Ambrosiana, Milano.

DE ALMEIDA-MARQUES F.X., SÁNCHEZ-BLANCO J., CANO-GARCÍA F.J. (2018). 'Hypnosis is more effective than clinical interview. Occurrence of trauma in fibromyalgia'. *Intl. Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 66(1): 3–18.

DEL CASALE A., FERRACUTI S., RAPINESI C., SERRATA D., CALTAGIRONE S., SAVOJA V., PIACENTINO D., CALLOVINI G., MANFREDI G., SANI G., GIRARDI P., (2015). 'Pain perception

and hypnosis: findings from recent functional neuroimaging studies'. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 63(2): 144 - 170.

DELL'OSSO L., BAZZICCHI L., BARONI S., FALASCHI V., CONVERSANO C., CARMASSI C., MARAZZITI D. (2015). 'The inflammatory hypothesis of mood spectrum broadened to fibromyalgia and chronic fatigue syndrome'. *Clinical and Experimental Rheumatology*, 33, 1.

DEROGATIS L.R. (1983). 'SCL-90-R: Administration, Scoring and Procedures Manual-II, 2nd edn'. Baltimore, MD: *Clinical Psychometric Research*

DYAS J.V., APEKEY, T.A., TILLING M., ORNER R., MIDDLETON H., SIRIWARDENA A.N. (2010). 'Patients' and clinicians' experiences of consultations in primary care for sleep problems and insomnia: a focus group study'. *British Journal of General Practice*, 60(574).

ELKINS G., JENSEN M.P., PATTERSON R.D. (2007). 'Hypnotherapy for the management of chronic pain'. *Intl. Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55(3): 275–287

FACCO E., ERMANI M., RAMPAZZO P., TIKHONOFF V., SALADINI M., ZANETTE G., . . . SPIEGEL D. (2014). 'Top-down regulation of left temporal cortex by hypnotic amusia for rhythm: A pilot study on mismatch negativity.' *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 62, 129–144.

FACCO E., TESTONI I., SPIEGEL D. (2015). 'Ipnotizzabilità e Hypnotic Induction Profile'. In E. Casiglia (Ed.), *Ipnosi e altri stati modificati di coscienza* (pp. 271–287). Padova: CLEUP.

FACCO E. 'Pain, the unknown: epistemological issues and related clinical implications'. *Minerva Anestesiol* [Internet; ahead of print]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34263590/>

FLYNN D.M. (2020). 'Chronic musculoskeletal pain: nonpharmacologic, noninvasive treatments'. *Am Fam Physician*; 102(8): 465 - 477.

GRØNDAHL J.R., ROSVOLD E.O. (2008). 'Hypnosis as a treatment of chronic widespread pain in general practice: A randomized controlled pilot trial'. *BMC Musculoskeletal Disorders* 9: 124.

HAVILAND M.G., MORTON K.R., ODA K., FRASER G.E. (2010). 'Traumatic experiences, major life stressors, and self-reporting a physician-given fibromyalgia diagnosis'. *Psychiatry Research*, 177(3), 335–341.

HAYS R.D., STEWART A.L. (1992). 'Sleep measures'. In A. L. Stewart & J. E. Ware, Jr. (Eds.), *Measuring functioning and well-being: The medical outcomes study approach* (pp. 36–42). Durham, NC: Duke University Press.

HOLROYD J. (1996). 'Hypnosis treatment of clinical pain: Understanding why hypnosis is useful'. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 44, 33-51.

HUTT G. (1996). 'Hypnotherapy and acute pain control'. *British Journal of Theatre Nursing*, 6(1), 4.

JOHNNSON J., SHETH S. (2016). 'Fibromyalgia'. *Journal of pain and Palliative care pharmacotherapy*. Vol 30(3): 233 - 234.

KROESE M., SCHULPEN G., BESSEMS M., NIJHUIS F., SEVERENS J., LANDEWÉ R. (2009) 'The feasibility and efficacy of a multidisciplinary intervention with aftercare meetings for fibromyalgia'. *Clin Rheumatol* 28: 923–929.



- LAUCHE R., CRAMER H., WINFRIED H., DOBOS G. & LANGHORST J. (2015). 'A systematic overview of reviews for complementary and alternative therapies in the treatment of the fibromyalgia syndrome'. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine Volume 2015, Article ID 610615*.
- LEMMON R., HAMPTON A. (2018). 'Nonpharmacologic treatment of chronic pain: what works?' *The Journal of Family Practice 67(8)*.
- MACHADO S., ARIAS-CARION O., PAES F., VIEIRA R.T., CAIXETA, L., NOVAES F., ... NARDI A.E. (2013). 'Repetitive transcranial magnetic stimulation for clinical applications in neurological and psychiatric disorders: An overview'. *The Eurasian Journal of Medicine, 45, 191–206*.
- MALMINDER G. (2018). 'Anatomy and pathophysiology of chronic pain and the impact of hypnotherapy'. *Sleep and Hypnosis 20(2): 85 - 90*.
- MARTINEZ - VALERO C., CASTEL A., CAPAFONS A., SALA J., ESPEJO B., CARDEFIA E. (2008). 'Hypnotic treatment synergies the Psychological Treatment of Fibromyalgia: A Pilot Study'. *American journal of clinical hypnosis 50: 4*.
- MEASE P., ARNOLD L.M., CHOY E.H., CLAUW, D.J., CROFFORD L.J., GLASS J.M., WILLIAMS D.A. (2009). 'Fibromyalgia syndrome module at OMERACT 9: Domain construct'. *Journal of Rheumatology, 36, 2318–2329*.
- MORGAN C.D., MURRAY H.A.(1935). 'A method for investigating fantasies: the Thematic Apperception Test'. *Arch NeurPsych. 1935;34(2):289–306*.
- MORRIS C.R., BOWEN L., MORRIS A.J. (2005). 'Integrative Therapy for Fibromyalgia: possible strategies for an Individualize Treatment Program'. *Southern Medical Journal 98 (2)*.
- OKIFUJI A., TURK D.C., SHERMAN, J.J. (2000). 'Evaluation of the relationship between depression and fibromyalgia syndrome: why aren't all patients depressed?' *The Journal of Rheumatology, 27, 212–219*.
- OMS (1946). 'Costituzione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità'. *New York*.
- ÖNCÜ J., BASOGLU F., KURAN B. (2013). 'A comparison of impact of fatigue on cognitive, physical, and psychosocial status in patients with fibromyalgia and rheumatoid arthritis'. *Rheumatol Int 33: 3031 - 3037*.
- PALAGINI L., CARMASSI C., CONVERSANO C., GESI C., BAZZICCHI L., GIACOMELLI C., DELL'OSSO L. (2016). 'Transdiagnostic factors across fibromyalgia and mental disorders: sleep disturbances may play a key role. A clinical review'. *Clin Exp Rheumatol 2016; 34 (Suppl. 96): S00-S00*.
- PICARD P., JUSSEAUME C., BOUTET M., DUALÉ C., MULLIEZ A., AUBLET-CUVELLIER B. (2013). 'Hypnosis for management of fibromyalgia'. *Intl. Journal of Clinical Experimental Hypnosis 61(1): 111-123*.
- RAINVILLE P., CARRIER B., HOFBAUER R.K., BUSHNELL M.C., DUNCAN G.H. (1999). 'Dissociation of sensory and affective dimensions of pain using hypnotic modulation'. *Pain, 82, 159–171*.

- SADREDINY S., MOLAEPPHARD M., MIR-AHMADI M.(2010). 'Sexual disorder improvment: a target or a way in treatment of fibromyalgia. A case report and a brief review'. *Mod Rheumatol* 20: 74-76.
- SANCASSIANI F., MACHADO S., RUGGIERO V., CACACE E., CARMASSI C., GESI C., DELL'OSSO L., CARTA M.G. (2017). 'The management of fibromyalgia froma a psychosomatic perspective: an overview'. *International Review of Psychiatry* 29(5): 473 - 488.
- SEMI A.A. (1985) 'Tecnica del colloquio clinico'. *Raffaello Cortina Editore*.
- SMETS E.M., GARSSSEN B., BONKE, B., DE HAES, J. C. (1995). 'The Multidimensional Fatigue Inventory (MFI) psychometric qualities of an instrument to assess fatigue'. *Journal of Psychosomatic Research*, 39, 315–325.
- SPIEGEL H., SPIEGEL D. (2004). 'Trance & Treatment'. *Arlington, VA, USA: American Psychiatric Publishing*.
- SPIELBERGER C.D., REHIRE E.C. (2009). 'Assessment of emotions: anxiety, anger, depression and curiosity'. *Applied Psychology: Health and Wellbeing*: 1 (3): 271 - 302.
- VALENTE S.M. (2006). 'Hypnosis for pain management'. *Journal of Psychosocial Nursing*, 44(2).
- WILLIAMSON A. (2021) 'Hypnotic Interventions in the Management of Chronic Pain'. *Adv Clin Neurosci Rehabil*
- ZAHOUREK R.P. (2002). 'Utilizing Eriksonian hypnosis in psychiatric-mental health nursing practice'. *Perspectives in Psychiatric Care*, 38(1), 15-22.

## Indice

Ringraziamenti .....	pag. 2
Abstract .....	pag. 3
Keyword .....	pag. 3
Introduzione .....	pag. 4
Fibromialgia .....	pag. 7
<i>Comorbidità e trattamenti</i> .....	pag. 9
Ipnosi .....	pag. 13
<i>Ipnosi e trattamento della fibromialgia</i> .....	pag. 14
Limiti .....	pag. 16
Progetto di clinica del dolore .....	pag. 18
Conclusioni .....	pag. 21
Bibliografia .....	pag. 23
Indice .....	pag. 27